UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1957 – N° 23

LES DÉBUTS ÉMOTIONNELS DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 Mars 1957

PAR

Laurent DARRAÏDOU

Né à Espelette (Basses-Pyrénées), le 10 Août 1930.

Examinateurs de la Thèse

MM. DELMAS-MARSALET, professeur — *Président*

BROUSTET, professeur..... — *Juges*

BERGOUIGNAN, agrégé..... — *Juges*

FAURE, maître de conférences agrégé..... — *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1957

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543917_0061

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1957 – N° 23

LES DÉBUTS ÉMOTIONNELS DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 Mars 1957

PAR

Laurent DARRAÏDOU

Né à Espelette (Basses-Pyrénées), le 10 Août 1930.

Examinateurs de la Thèse

MM. DELMAS-MARSALET, professeur — *Président*

BROUSTET, professeur..... — *Juges*

BERGOUIGNAN, agrégé..... — *Juges*

FAURE, maître de conférences agrégé..... — *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1957

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPERIÉ, CHELLE, G. PORTMANN.

DOYEN : M. SIGALAS. — ASSESSEUR : M. TAYEAU.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC BONNIN, GOLSE.

PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.		MM.	
G. PORTMANN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	L. MASSE	Clinique chirurgicale
F. PAPIN	Clinique chirurgicale	R. GIRARD	Botanique et cryptogamie
R. SIGALAS	Zoologie et parasitologie	P. MESNARD	Chimie
E. AUBERTIN	Clinique médicale et des maladies infectieuses	R. DUFOUR	Anatomie
X. J. DUBECQ	Clinique odonto-stomatologique	P. BROUSTET	Clinique médicale
G. VITTE	Pharmacie	J. MAGENDIE	Clinique gynécologique
R. FABRE	Physiologie	F. TAYEAU	Chimie biologique et médicale
P. DELMAS-MARSALET	Clinique des maladies nerveuses et mentales	G. MAYER	Anatomie générale et histologie
C. JOULIA	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	P. BLANQUET	Physique pharmaceutique (T. P.)
M. RIVIERE	Clinique d'accouchements	R. SARIC	Pathologie générale et expérimentale
R. DE GRAILLY	Clinique médicale	L. POUYANNE	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
R. DARGET	Clinique des maladies des voies urinaires	J.-J. DUBARRY	Hydrologie thérapeutique et climatologie
P. DERVILLEE	Médecine légale et médecine du travail	F.-J TRAISSAC	Thérapeutique
A. FONTAN	Clinique médicale des maladies des enfants	A. LACHAPELE	Carcinologie
F. PIECHAUD	Hygiène et Clinique de la tuberculose	E. BESSIERE	Clinique ophtalmologique
C. PIFFAULT	Physique médicale et pharmaceutique	H. LEGER	Anatomie pathologique et microscopie clinique
R. CASTAGNOU	Toxicologie et hygiène appliquée	J. MASQUELIER	Matière médicale
J. REBOUL	Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	G. MORETTI	Médecine et hygiène tropicales et Clinique des maladies exotiques

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie)
M. CAZAUX (Pharmacie 3e Section)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

MM.		MM.	
R. GOLSE	Pharmacie (1re Section)	R. QUILICHINI	Pharmacie (2e Section)
F. RIGAUD	Anatomie	R. STOLL	Histologie
E. NEUZIL	Biochimie médicale	H. CABANIE	Anatomie
J. FAURE	Pathologie expérimentale	J. DUHAMEL	Physique médicale
		P. ROMAIN	Pharmacie (1re Section)

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. J. MARQUEVIELLE (Biochimie médicale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
P. LE COULANT	Dermatologie et syphiligraphie	P. LAVIGNOLLE	Médecine générale
M. BERGOUIGNAN	Médecine générale	G. FAUGERE	Obstétrique
J. LENG-LEVY	Médecine générale	P. BENOIT	Odonto-stomatologie
J. CHAVANNAZ	Chirurgie générale	C. MARTIN-DUPONT	Médecine générale
P. VERGER	Pédiatrie et puériculture	J. DAVID-CHAUSSE	Médecine générale
J. LANGE	Urologi ·	J. RIVIERE	Médecine générale
L. CHASTRUSSE	Obstétrique	P. DARMAILLACQ	Chirurgie générale
P. L'EPEE	Médecine légale et médecine du travail	L. CORCELLE	Ophtalmologie
J. VILLAR	Chirurgie générale	M. PORTMANN	Oto-rhino-laryngologie
R. TINGAUD	Chirurgie générale	P. FREOUR	Pneumo-phtisiologie
J. DEPAULIS	Chirurgie générale	M. BLANC	Neurologie et psychiatrie

AGRÉGÉS LIBRES :

MM. LAUMONIER (Médecine opératoire), DESPONS (Oto-rhino-laryngologie)

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM
Obstétricie sociale	MAHON	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Médecine opératoire	LAUMONIER	Physiologie	Mme LINQUETTE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS	Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Accouchements	CHASTRUSSE, FAUGERE	Phytopharmacie	CORTESI
Puériculture	VERGER, PERY	Droit médical international	AUBY
Législation pharmaceutique	COUSTOU	Médecine légale	L'EPEE
Cryptogamie	LAUBIE	Sémélologie médicale	J. RIVIÈRE
Organographie et physiologie végétale	TEMPERE	Sémélologie chirurgicale	DEPAULIS
Chimie biologique analytique	NIVET	Embryologie	STOLL
Chimie analytique	BABIN	Bactériologie	OULONG DE ROSNAY
Pathologie chirurgicale	VILLAR, CHAVANNAZ, TINGAUD, LAPORTE	Pathologie médicale	BERGOUIGNAN, LENG-LEVY, LAVIGNOLLE

Le Secrétaire principal de la Faculté : André GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A qui je dois tout, ma reconnaissance infinie pour leurs conseils et leurs encouragements dans la voie que j'ai choisie.
Qu'ils trouvent ici une bien faible récompense pour leurs sacrifices et le témoignage de mon amour sans borne.

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

Toute mon affection. Nos années d'enfance, douces entre toutes, sont le souvenir le plus cher à mon cœur.

A MA FIANCÉE

En gage de mon tendre amour. Sa douce présence a été pour moi le plus sûr encouragement.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR ET MADAME GANDER

Auxquels je dois tant d'agréables moments, mon affectueuse reconnaissance.

AU DOCTEUR JEAN SERBAT ET SA FAMILLE

Pour l'affectueuse sollicitude dont ils m'entourent, avec l'assurance de mon profond attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAMINO

Pour la cordiale sympathie qu'il m'a toujours témoignée.

A André BERDOU, Jean FAGOAGA, Robert GROSPERRIN

Témoignage de ma profonde amitié.

A MESSIEURS LES DOCTEURS DIEUDÈZE, FOURCADE, DUCOS, MONLUN

A MONSIEUR JEAN COUSTÈRE

AU GROUPE D'ÉTUDIANTS BASQUES « EMBATA » DE BORDEAUX

Témoignage de mon attachement.

A TOUS CEUX QUI M'ONT TÉMOIGNÉ LEUR AMITIÉ

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DE L'HOPITAL D'AGEN

Qu'ils reçoivent ici l'assurance de
ma profonde reconnaissance.

A MES AMIS LES INTERNES DE L'HOPITAL D'AGEN :
DANIEL AJZENBERG, JOSEPH FRANÇOIS,
ROGER LALANNE, JEAN LASSAUQUE

Mes années d'internat passées en
leur compagnie sont le plus beau
fleuron de ma vie d'étudiant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOISEAU

CHEF DE CLINIQUE NEUROPSYCHIATRIQUE

En signe de gratitude pour sa bienveillance et les précieux conseils qu'il m'a si libéralement donnés.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. TAYEAU

PROFESSEUR DE CHIMIE BIOLOGIQUE ET MÉDICALE

ASSESSEUR DU DOYEN

DOCTEUR ÈS SCIENCES

OFFICIER DES PALMES ACADÉMIQUES

MÉDAILLE D'HONNEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Hommage respectueux.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR J. FAURE

MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

CHEF DU LABORATOIRE DE NEUROTECHNIQUE

DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL

CROIX DE GUERRE 1939-1945

CHEVALIER DES PALMES ACADÉMIQUES

MÉDAILLE DU COMBATTANT VOLONTAIRE DE LA RÉSISTANCE

CROIX DU COMBATTANT

SENIOR FELLOW DE L'INSTITUT NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL
(UNIVERSITÉ MAC GILL)

Hommage respectueux.

MONSIEUR LE DOCTEUR M. BERGOUIGNAN

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CROIX DE GUERRE

CHEVALIER DES PALMES ACADÉMIQUES

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et a mis à notre disposition ses observations personnelles.
En témoignage de notre profonde gratitude pour son enseignement et sa bienveillance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BROUSTET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DES PALMES ACADÉMIQUES

Hommage respectueux.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELMAS-MARSALET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DES PALMES ACADÉMIQUES

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de nos sentiments respectueux.

LES DÉBUTS ÉMOTIONNELS DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

INTRODUCTION

M. le Professeur agrégé Bergouignan, frappé au cours de ces dernières années par l'importance des situations psychologiques traumatisantes que l'on pouvait relever, soit au début de la sclérose en plaques, soit à l'origine des poussées évolutives de cette maladie, nous a chargé de réunir quelques documents pouvant servir à l'étude des états émotionnels qui semblent influencer l'évolution de cette affection.

Les observations cliniques permettant cette étude ne sont pas très nombreuses dans la littérature, car la plupart de celles-ci, se préoccupant exclusivement de l'aspect neurologique de la maladie, ont négligé les arrière-plans psychologiques.

Notre travail s'est donc borné à réunir des observations provenant de la pratique privée du Professeur agrégé Bergouignan et à les confronter avec quelques données générales recueillies dans la littérature.

C'est surtout au cours de ces dernières années que certains auteurs, à la faveur du développement de la médecine psychosomatique, ont cherché à trouver un profil psychologique de ces malades. Dans les publications anciennes, on trouve surtout des références aux formes à masque névropathique de la sclérose en plaques.

Nous avons cherché à utiliser ces observations dans la mesure où ces manifestations révélaient une personnalité

particulièrement labile et exprimaient une modalité réactionnelle liée à cette personnalité.

Nous adopterons pour cette étude le plan suivant :

I. — Historique.

II. — Contribution personnelle : les observations.

III. — Les troubles psychiques décrits dans la sclérose en plaques nous permettant de situer nos observations.

IV. — Considérations générales. — Discussion.

A. — Rôle du choc émotionnel.
1° Au début de la sclérose en plaques.
2° Lors des poussées évolutives.

B. — Rôle des tensions émotionnelles.

C. — Existe-t-il un profil psychologique des malades atteints de sclérose en plaques ?

D. — Profil psychologique et profil neuro-endocrinien. L'immaturité psychosomatique comme facteur prédisposant de la sclérose multiloculaire.

V. — Conclusion.

Les théories psychosomatiques peuvent-elles s'appliquer dans la sclérose en plaques ?

I. — HISTORIQUE

Depuis que la sclérose en plaques a été individualisée, de nombreux auteurs se sont penchés sur la symptomatologie psychiatrique de cette affaction. Charcot signalait des traits de caractère hystéroïde. Gowers (1892) insistait sur la sensation de bien-être et de contentement qu'éprouvent ces malades. Un peu plus tard, Oppenheim pense à la possibilité d'association de la sclérose en plaques avec la démence paralytique. De même, Dupré insiste sur la démence progressive qui serait assez fréquente. Autant dire que ces manifestations psychiques ont été signalées sitôt que Charcot distingua la sclérose en plaques des syndromes paraplégiques en général.

Mais les considérations diffèrent sensiblement suivant que les auteurs de ces études sont des neurologues ou des psychiatres. C'est ainsi que Schaeffer, Vulpian, Cruveilhier, Pierre-Marie jugent les altérations mentales comme exceptionnelles. Bohmig, en 1925, ne les reconnaît que dans 4,7 % des cas de sclérose multiloculaire. Pour Claude et Lhermitte, les cas dans lesquels toutes sortes d'altérations psychiques compliqueraient la maladie seraient des erreurs de diagnostic. Au contraire, Sanger-Brown et Davis (1922) relèvent l'extrême fréquence (90 % des cas) des troubles psychiques au cours de la sclérose en plaques. Mieux même, Cottrel et Wilson (1926) les citent dans 100 % des cas.

Dès cette époque, différents auteurs attirent l'attention sur les symptômes hystériques qui peuvent apparaître dès

le début de la sclérose en plaques et entraîner des erreurs de diagnostic.

Puis, en 1929, Ombredanne, dans sa thèse, signale, au cours de la sclérose en plaques, l'existence fréquente d'un syndrome psychique qu'il appelle « l'état mental polysclérotique » et qu'il détache des états psychotiques plus tranchés.

Une autre étape importante est marquée par le mémoire de Cohen et Gavignan (1937) qui groupent les manifestations mentales de la sclérose en plaques sous les quatre critères suivants : changement de la personnalité; réactions émotionnelles du sujet vis-à-vis de la maladie; symptômes psychiatriques peut-être rattachables à la localisation des plaques; entités associées, comme la schizophrénie ou la psychose maniaque dépressive.

Aussi nombreuses que soient ces études, elles considèrent essentiellement les troubles mentaux au cours de la maladie, et rares sont les auteurs qui ont analysé les rapports de ces manifestations avec le début de la sclérose multiple et avec la personnalité propre du sujet.

Cependant, déjà en 1926, Cottrel et Wilson écrivaient : « Les troubles mentaux sont précoces dans la sclérose en plaques », et Ombredanne (1929) pensait qu'il n'est pas rare que ces troubles constituent à eux seuls une phase présymptomatique.

Plus récemment, d'autres auteurs (Delay, Mme Leulier et Descleaux, 1946) ont attiré l'attention sur ce mode de début atypique et les erreurs de diagnostic qu'il était susceptible d'entraîner.

Enfin, au cours de ces dernières années (Borberg et Zahle, 1946; Langworthy et Legrand, 1952; Schumacher, 1950), une conception psychosomatique de la question a été envisagée. Elle insiste sur le rôle de la personnalité prémorbide et soulève le problème d'un facteur causal émotionnel dans le début et les poussées évolutives de la sclérose en plaques.

Ces vues, soupçonnées déjà par Jeliffe, sont très intéressantes, mais encore assez hypothétiques. Il nous semble que l'étude des observations que nous allons exposer à présent puisse apporter quelques compléments à ces idées toutes récentes.

II. — OBSERVATIONS PERSONNELLES

Observation I

M. X..., âgé de trente-sept ans, quincailler.

A perdu son père en 1946, et sa grand'mère en 1949.

Il vivait seul avec sa mère, étant fils unique. Il travaillait à la quincaillerie avec sa mère, à laquelle il était très attaché. Il n'y a rien à noter dans le passé, du point de vue pathologique.

Il y a trois ans, en 1953, sa mère meurt, après un mois de maladie, d'un ulcère d'estomac. Le jour de l'enterrement, dans le cortège, le malade est brusquement saisi d'un malaise au point d'être obligé de s'accrocher au corbillard pour ne pas tomber. Il reste très affaibli et garde peut-être un léger déséquilibre.

Un mois plus tard apparaît une diplopie. Le malade s'en aperçoit dans un car, où il voit les montants doubles. Cela dure quinze jours puis disparaît. Le malade continue à s'occuper et conduit même sa voiture. Lors de l'interrogatoire, le rappel de la mort de sa mère provoque une poussée émotive avec pleurs.

A l'examen, il s'agit d'un homme pléthorique. Tout son corps est animé d'un tremblement intentionnel considérable. Sa démarche cérébello-spasmodique est typique. Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis, tandis qu'on ne trouve pas de Babinski. Les réflexes sont exagérés et les membres supérieurs sont le siège de dysmétrie et d'adiadococinésie, surtout du côté gauche. On trouve un nystagmus ou plutôt des secousses nystagmiques irrégulières dans toutes les positions du regard. Enfin, le malade présente des réflexes de succion très prononcés. Devant cette symptomatologie, on peut admettre qu'il s'agit bien d'une sclérose en plaques.

Ce que nous noterons ce sont les circonstances émotionnelles dans lesquelles ont apparu les premiers symptômes. Il s'agit bien ici d'une cause émotionnelle déclenchant le début d'une sclérose en plaques.

Nous soulignerons également la personnalité prémorbide de ce malade qui était d'un caractère assez dépendant et très attaché à sa mère avec qui il travaillait, et pour laquelle il devait avoir beaucoup d'affection. On pourra ainsi expliquer que sa mort et le fait de se sentir seul puissent avoir créé un choc émotionnel intense chez ce sujet prédisposé.

Observation II

Yvonne Di..., trente et un ans, était très bien portante jusqu'en 1955. On ne relève dans son passé qu'un rhumatisme articulaire aigu, à l'âge de treize ans, guéri sans séquelles. Elle a accouché en 1952, après une grossesse normale, d'un enfant vivant, bien portant. La seule particularité notable est qu'il s'agit d'une personne assez émotive qui, d'après les dires de son entourage, « vit toujours sous pression ». Elle travaillait beaucoup comme brodeuse, se faisant énormément de soucis pour son travail.

Le 15 juin 1955, au moment de ses règles, elle est accidentellement accrochée par une vache qui la projette par terre. Elle en éprouve une peur intense. Ses règles s'arrêtent immédiatement. Huit jours plus tard, elle éprouve des sensations de fourmillements au niveau de l'abdomen, sous sa gaine. Elle pense d'ailleurs que c'est sa gaine qui en est responsable. Puis ces fourmillements descendent le long des cuisses jusqu'aux pieds. Quelques semaines plus tard, mêmes fourmillements aux mains qui deviennent plus malhabiles. Elle peut encore tricoter, mais ne peut plus coudre ni écrire.

Ces symptômes s'atténuent au bout de trois mois, mais elle garde encore, au cours des mois suivants, une sensation de courant électrique dans les jambes et aux pieds, lorsqu'elle incline le cou en avant. Son état général est bon. Les règles sont revenues après l'arrêt passager de juin.

A l'examen, on note un syndrome d'irritation pyramidale généralisé avec réflexes vifs, polycinétiques aux quatre membres. Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis des deux côtés. Il n'y a pas de Babinski. Il existe un syndrome cérébello-vestibulaire discret : pas de dysmétrie nette, ni de nystagmus franc. Il persiste un trouble léger de la sensibilité tactile au niveau des mains, entraînant une astéréognosie relative. Le fond d'œil est normal. On n'a pas recherché le scotome central.

L'ensemble de cette symptomatologie nous paraît permettre le diagnostic de sclérose en plaques à forme spinale, bien qu'il nous manque toute notion de poussées évolutives au stade où la malade a été examinée. Le signe de fourmillements provoqués par la flexion du cou en avant (signe de Lhermitte) constitue, avec l'abolition des cutanés abdominaux, une présomption valable pour le diagnostic.

Commentaires. — Il s'agit d'un *choc émotionnel* très important qui a entraîné une aménorrhée passagère et, dix jours après, a été suivi des premiers signes cliniques de la sclérose multiloculaire. Notons aussi la personnalité émotive et perfectionniste de notre malade.

Observation III

Gracianne Du..., vingt-sept ans.

Dans les antécédents de cette malade, au passé pathologique très chargé, nous relevons :

— En septembre 1949, un infiltrat tuberculeux du sommet gauche, sans expectoration bacillifère. Le repos et la cure climatique permettent une amélioration considérable avec gain de poids de 55 à 65 kg.

— Elle se marie en 1950.

Son mari note qu'elle est très sensible, assez dépendante. Elle a besoin qu'on s'occupe d'elle.

En 1951, elle perd un frère qui succombe à un rhumatisme articulaire aigu. Elle est extrêmement bouleversée par ce deuil. Elle maigrit à nouveau. Son poids retombe à 55 kg sans qu'il y ait cependant de reprise de l'affection pulmonaire. Pendant les mois qui suivent, elle éprouve des troubles de

la marche : il s'agit d'abord d'une lourdeur des deux membres inférieurs avec fatigabilité. Puis apparaissent les troubles de l'équilibration, surtout quand elle est dans la rue. Lorsqu'elle est accompagnée, ces troubles sont fortement améliorés. Il existe une majoration anxieuse de cette insécurité dans la marche.

Bientôt, elle remarque une baisse de l'acuité visuelle des deux yeux, baisse passagère qui s'améliore au bout de quelques mois. Plus tard apparaît un tremblement de la main droite, lorsqu'elle veut, par exemple, verser un liquide dans un récipient. Ce trouble s'exagère lorsqu'elle est plus nerveuse ou que le temps est orageux.

L'examen montre des signes d'irritation pyramidale généralisée avec réflexes tendineux polycinétiques aux quatre membres, réflexes cutanés abdominaux abolis, pas de Babinski. Il existe un tremblement intentionnel léger des deux côtés; pas de nystagmus net; la névrite rétrobulbaire qui existait certainement n'a pas été particulièrement recherchée.

Au point de vue psychique, cette femme, qui était émotive et un peu inquiète, présente actuellement un véritable état dépressif. Elle ne s'intéresse plus à rien. Elle devient plus susceptible, plus irritable. Elle est révoltée depuis les malheurs abattus sur sa famille.

Commentaires. — La sclérose en plaques est démontrée chez cette malade par la symptomatologie objective cérébello-spasmodique associée aux troubles visuels passagers. Le fait psychologique qui paraît avoir joué un rôle nocif est ici représenté par la mort du frère : la perte d'amour, selon l'expression psychanalytique, a déterminé une anxiété qui n'a pas encore cessé. C'est au cours de celle-ci que s'est installée à bas-bruit l'affection neurologique. Il faut noter que la personnalité de la malade révèle une certaine immaturité avec dépendance et besoin de protection.

Observation IV

Arlette Ba..., quarante-huit ans, s'est bien portée jusqu'à l'âge de vingt-trois ans. Elle avait seulement une personnalité très nerveuse, incapable de maîtriser ses émotions et faisant facilement de véritables crises de nerfs quand elle était contrariée. Il n'a pas été possible d'étudier l'ambiance familiale dans laquelle elle a reçu son éducation de fille unique.

A vingt-trois ans, elle présente une névrite rétrobulbaire unilatérale qui entraîne, pendant quinze jours, une amaurose d'un côté; cet incident s'est renouvelé depuis à trois reprises.

A trente-huit ans, elle présente une douleur indéfinissable dans la cuisse gauche et une faiblesse de cette jambe. Depuis lors s'est installée, avec des variations journalières, une impotence motrice des deux membres inférieurs qui s'accompagne de paresthésie : impression de garrot au-dessus des genoux, brûlures au niveau des jambes. Il faut signaler qu'elle souffre, en outre, de céphalées très fréquentes, en casque, prédominant au vertex, et qu'elle présente facilement des ecchymoses au niveau des jambes. Elle a toujours eu une dysménorrhée depuis son adolescence. Enfin, elle accuse des intolérances multiples : elle ne supporte pas les bas de nylon qui aggravent ses sensations douloureuses des membres inférieurs; elle ne supporte que très peu de médicaments; la plupart des injections parentérales provoquent une aggravation de ses troubles subjectifs. Elle a facilement des états lipothimiques.

A l'examen, on constate une paraparésie spasmodique des deux membres inférieurs prédominant à gauche, une hypoesthésie vibratoire au niveau des deux membres inférieurs, une abolition des cutanés abdominaux des deux côtés; il existe, en outre, une ataxie discrète sans tremblement véritable.

Au point de vue psychologique, on note des stigmates évidents d'immaturité avec décharges affectives, dépendance et agressivité, et en même temps une personnalité très rigide qui ne veut se soigner qu'à sa façon. Elle a été furieuse qu'un médecin lui propose un B.-W. Elle refuse, en invoquant ses multiples intolérances, la plupart des médicaments proposés.

Au point de vue morphologique et neuro-endocrinien, elle présente un habitus particulièrement longilique; ne marquant pas son âge, elle paraît presque une adolescente alors qu'elle a quarante-huit ans. Sa dysménorrhée doit être également notée.

Commentaires. — Il n'y a pas ici de facteurs psychologiques nettement décelables au moment de l'éclosion déjà ancienne de la maladie. Il est possible que ce facteur psychologique soit tombé dans l'oubli depuis vingt-cinq ans, mais on relève une personnalité particulièrement immature dans ses réactions psychologiques et aussi dans son apparence somatique.

Observation V

M^me^ An..., quarante-neuf ans.

Dans ses antécédents, on relève des poussées de furonculose à treize ans, vingt-trois ans et trente-deux ans. Elle a également présenté de la pyurie, probablement d'origine staphylococcique. Son caractère se signale surtout par une impulsivité très grande que son mari a toujours notée chez elle. Elle était toujours susceptible, facilement coléreuse, ne supportant pas de contrariété. A noter encore une frigidité totale dans les relations conjugales. Les règles sont irrégulières.

En 1942, à trente-cinq ans, ont apparu les premiers troubles visuels qui ont fait porter, par le Professeur Bessière, le diagnostic de névrite rétrobulbaire. Ces troubles apparaissent tous les mois, au moment des règles.

En 1948, elle est enceinte. La grossesse se passe sans incidents, mais après l'accouchement elle traverse une période de grande tension nerveuse causée, pense-t-elle, par le souci que lui donne son enfant. Elle est anxieuse, irritable, insomnique, et c'est à cette époque qu'elle présente les premiers troubles sensitivo-moteurs des membres : c'est d'abord une sensation d'hémi-anesthésie du corps, puis une impotence assez progressive des membres inférieurs. Cette impotence s'aggrave d'une façon très nette, chaque fois qu'elle est soumise à un surmenage. Il y a alors une poussée passagère qui

régresse ensuite en partie. Elle se plaint aussi de troubles ano-vésicaux très gênants : pollakiurie extrême, mictions impérieuses, douleurs anales, surtout lorsqu'elle est assise.

Malgré son impotence, elle vaque assez bien aux soins domestiques. Dans la rue, si elle se sent regardée, elle ne peut plus marcher. De même, si elle discute avec quelqu'un, elle ne peut plus marcher. Les nombreux médicaments auxquels elle a été soumise ne lui ont apporté aucun soulagement. Seuls, le « Rétarcyl » et l'Aspirine la détendent un peu.

Commentaires. — La sclérose en plaques est indiscutable ici. On note l'apparition des signes médullaires au cours de la « tension nerveuse » consécutive à l'accouchement. D'autre part, les poussées évolutives ou du moins la majoration de l'impotence sont liées aux contrariétés. L'importance du regard d'autrui, dans la perturbation de la marche, doit être également relevée. La personnalité est faite de susceptibilité et d'impulsivité.

Au point de vue morphologique et neuro-endocrinien, il n'y a rien à signaler si ce n'est la frigidité totale présentée par cette personne.

Observation VI

Josette Fl..., s'est bien portée jusqu'en 1946. Elle est fille unique, très entourée par ses parents, et en particulier par son père. Elle a fait des études normales jusqu'à l'âge de quinze ans. A cette époque, elle était en classe de troisième et avait un professeur extrêmement sévère, dont les interrogations et même la simple présence déclenchaient en elle un trac intense. Elle était prise d'un tremblement véritable chaque fois qu'elle devait aller au tableau.

A la fin de l'année scolaire, en juin 1947, elle se sent tellemen tendue qu'elle demande à ses parents d'abandonner la classe. C'est au cours du mois suivant qu'apparaît pour la première fois une titubation qui va persister pendant trois mois. Puis se situe une période de rémission presque totale pendant un mois, suivie de rechute. Pendant l'année suivante, il y aura encore une rémission de deux mois, suivie d'une nouvelle rechute.

La symptomatologie se complète alors : la malade se plaint d'impression de corset trop serré, de fourmillements dans la main gauche, de diplopie intermittente et de paraparésie. Tous ces signes vont en s'aggravant malgré les divers traitements qu'elle subit.

En 1956, donc neuf ans après le début de la maladie, elle est grabataire depuis dix-huit mois, atteinte de paraplégie en flexion. Elle présente un gros tremblement intentionnel des deux membres supérieurs, un nystagmus, une névrite rétrobulbaire, une parole scandée. Son état psychique s'est modifié dans le sens d'une certaine indifférence avec euphorie rappelant l'état psychique commun polysclérotique. Au point de vue morphologique et neuro-endocrinien, il n'y a rien à signaler si ce n'est une aménorrhée de deux ans au cours de la maladie, les règles étant à présent revenues. A part cela, elle présente un développement statural parfaitement harmonieux.

Commentaires. — Il s'agit ici d'une forme très évoluée et maligne de sclérose en plaques avec localisations multiples et graves. Notons au début de la maladie, chez cette jeune fille habituée à une atmosphère affective d'enfant unique très couvée, la tension émotionnelle permanente due à sa scolarité sous la direction d'une maîtresse lui faisant très peur. Actuellement, le tableau mental semble n'avoir plus aucun rapport avec la personnalité antérieure de la malade.

Observation VII

Michelle Fr..., vingt-sept ans, a présenté une bonne santé jusqu'à l'âge de seize ans. A cette époque, en 1945, elle vit un drame familial extrêmement douloureux puisque son père est arrêté et finalement condamné à mort.

A la rentrée scolaire de 1946, elle se sent encore plus nerveuse que d'habitude. Elle dort mal, elle n'a plus d'appétit. Quelques jours plus tard, deux ans environ après la condamnation de son père, elle se plaint d'une diminution de la force de la jambe droite, puis de la main droite, tandis que la gauche paraît plus épargnée. Elle est examinée par un méde-

cin qui, sur l'ensemble du tableau clinique chez cette jeune fille très contractée, porte le diagnostic de troubles névropathiques.

En réalité, il s'agit d'un début de sclérose en plaques, comme le montre un examen ultérieur qui révèle une hyperréflectivité bilatérale avec clonus et Babinski bilatéral et une abolition des cutanés abdominaux.

A partir de cette époque, la maladie va évoluer sous un double aspect :

Les troubles neurologiques s'aggravent au point d'entraîner par périodes une impotence quasi complète des membres inférieurs avec tremblement du membre supérieur droit.

En même temps, il y a des troubles végétatifs caractérisés par une anorexie de type névropathique avec vomissements, amaigrissement et un psychisme très replié avec des sautes d'humeur vite réprimées et un désespoir qui refuse de s'exprimer.

Cette situation se maintient jusqu'en 1953 où, à la faveur d'une rémission relative, la malade fait la connaissance d'un jeune homme qui a été lui-même durement éprouvé après la Libération et lui manifeste un très grand intérêt. A partir de cette époque, on notera une amélioration considérable et qui se maintient : le psychisme s'épanouit, les troubles végétatifs disparaissent et les troubles neurologiques eux-mêmes semblent complètement absents. Signalons qu'il n'y a pas eu d'examen neurologique objectif à cette époque.

Le mariage est décidé; une grossesse est parfaitement menée à terme. Mais quelques temps après l'accouchement des signes de fatigabilité se manifestent à nouveau, sans que l'on ait signalé de reprise évolutive véritable. Les renseignements sur ces dernières années manquent de précision, car ils sont fournis exclusivement par la famille, sans que la malade ait pu être examinée.

Commentaires. — Le drame familial semble avoir aggravé l'extrême sensibilité de la jeune malade, mais les signes de sclérose en plaques ne sont apparus sous une forme pseudo-névropathique que deux ans plus tard, à l'occasion d'une rentrée scolaire mal acceptée. Il faut noter

le parallélisme des troubles névropathiques et des troubles neurologiques pendant six ans d'évolution. Ce qui est le plus frappant, c'est l'amélioration considérable des signes au moment de l'épanouissement heureux de la personnalité lié à la connaissance de son mari et à l'intérêt porté par lui à la malade.

Observation VIII

Francine Re..., quarante-deux ans, a présenté tout de suite après le mariage une cystite qui semble avoir représenté surtout un trouble fonctionnel en grande partie névrotique consécutif aux premiers rapports conjugaux. Son mari note qu'elle a été toujours très anxieuse. Elle supporte très mal l'absence de son mari qui est obligé de voyager du fait de sa profession.

Depuis deux ans, à la suite d'une grippe, elle ressent une fatigabilité plus grande à la marche. Mais c'est surtout depuis un an, alors qu'elle s'est fatiguée auprès d'un malade, que les troubles de la marche deviennent plus évidents. D'après la malade, deux faits auraient contribué beaucoup à cette aggravation :

— Le décès du malade qui l'a beaucoup impressionnée;

— D'autre part, une grosse contrariété de la part de sa fille unique qui manifeste un caractère très difficile et commence une anorexie mentale. .

L'examen montre l'existence d'une paraparésie spasmodique, d'un Babinski bilatéral, l'abolition des cutanés abdominaux. On n'a pas trouvé de troubles de la sensibilité profonde ni de syndrome cérébelleux franc. On a relevé de petits troubles visuels : c'est ainsi que, selon ses propres paroles, « elle ne voit pas bien le fil quand elle étend son linge ». Sa démarche, enfin, est nettement cérébello-spasmodique et ébrieuse. Les troubles de la marche varient très nettement suivant les conditions psychologiques de la maladie : elle va beaucoup mieux pendant les vacances, quand son mari est en permanence auprès d'elle. Elle est plus gênée pendant les périodes précédant les règles.

Au point de vue psychologique, la malade fait la preuve d'une très grande dépendance à l'égard de son mari. Elle est hyperémotive. Elle présente un érythème pudique considérable. Il n'y a rien de particulier au point de vue morphologique et endocrinien.

Commentaires. — La maladie semble avoir débuté après une affection grippale. Ce n'est qu'au cours de l'évolution que l'on note l'interférence des circonstances affectives sur la marche évolutive de la maladie. La personnalité de cette femme est caractérisée par un défaut d'autonomie avec peur de la solitude et des réactions hyper-émotives. Il est intéressant de noter encore l'incidence heureuse de la présence de son mari sur les symptômes neurologiques.

Observation IX

Nous avons relevé, dans une étude de Langworthy et Legrand sur la personnalité et la psychothérapie dans la sclérose en plaques, une observation très intéressante, où l'on note l'influence des facteurs affectifs sur le début et l'exacerbation des symptômes organiques. Nous résumons cette observation.

Il s'agit d'une ménagère de quarante-sept ans.

Elle était une enfant illégitime adoptée au cours de sa première année. Sa mère adoptive était autoritaire et son père adoptif plus compréhensif. L'enfance de la malade a été caractérisée par de fréquentes discussions et de véritables disputes avec la mère. La malade, en parlant des relations des parents entre eux, disait : « Je suis certaine que la plus grande partie des divergences entre eux était à mon sujet. Ma mère pensait que le sexe était coupable, et l'on ne m'en avait jamais parlé ».

La malade se maria à vingt-deux ans. Son fiancé, à la demande des parents, la renseigna sur la question sexuelle. Le mariage, qu'elle croyait être une camaraderie, lui apparut comme une chose merveilleuse. Il y eut trois enfants.

Récemment, elle fut troublée en apprenant que la fiancée de son fils aîné était enceinte. Ceci remua ses propres sensations concernant son illégitimité. Il s'ensuivit une tension entre sa fille et elle-même.

Les premiers symptômes de la maladie se manifestèrent en 1943, quand son mari partit Outre-Mer. Elle se fit beaucoup de soucis. Au moment du départ, elle eut des pertes et des bouffées de chaleur. Sa tête devint vide. Son bras gauche s'affaiblit et elle commença à traîner sa jambe gauche. Ces symptômes mirent plusieurs mois pour disparaître.

La seconde poussée évolutive apparut en 1948, époque où elle fut hospitalisée. Questionnée récemment, elle put faire un récit de la crise affective qui précéda ce second épisode. « Mon mari n'était plus du tout lui-même après qu'il eût subi un examen physique. Il éludait toutes questions que je pouvais lui poser. » Elle fit appel à un médecin qui lui dit que son électrocardiogramme était anormal. Peu après, son mari fut opéré d'une hernie à l'insu de sa femme. « Il ne voulait pas me le dire alors qu'il y allait, soucieux de ne pas me tourmenter. »

Quand son mari revint chez lui pour convalescence, la patiente se sentit prise d'une grande responsabilité. Sa tension s'accrut et elle eut une violente crise d'asthme. Elle se sentit fatiguée, ayant du mal à conserver son équilibre. C'est alors que se manifestèrent les signes neurologiques et qu'elle fut examinée à l'hôpital. Elle se plaignit de faiblesse du bras et de la jambe gauche. Il apparut qu'il y avait aussi une légère perte de la fonction de tous les muscles innervés par le nerf facial. Les réflexes cutanés abdominaux apparurent moins vifs à gauche. Au niveau des membres, les réflexes étaient exagérés du côté gauche, et il existait un Babinski douteux du même côté. On fit le diagnostic de sclérose en plaques à cette époque. Après deux semaines d'hospitalisation, elle fut renvoyée en bonne santé.

Les faits concernant sa nouvelle poussée, en 1951, sont plus détaillés, car on étudia alors de plus près les facteurs émotionnels :

En février 1951, son père nourricier devient malade et meurt en mars. Elle n'alla pas le voir quand il était malade,

car « je savais qu'il ne désirait pas que je le vois dans cet état ».

En avril, le mariage de son fils fut hâté, sa fiancée étant enceinte.

La malade passa alors une période de grande tension avec sa mère. A la suite de certaines discussions cruelles avec celle-ci, la malade avoue s'être sentie coupable, avoir eu des céphalées et des nausées.

En juin, la mère vint vivre avec la patiente et les rapports devinrent encore plus tendus. Sa mère joua au maître et lui fit de nombreuses vexations, la dénigrant auprès de son mari. L'état de tension s'exagéra au moment où elle entra à l'hôpital, en août. Elle devint encore plus irritable envers son mari et sa fille, se sentant toutefois coupable à ce sujet. Elle signifia à son mari qu'elle ne désirait plus avoir de rapports, ce qui eut pour résultat de créer chez son mari une certaine indifférence à son égard. Ceci ne fit que la troubler encore davantage. Quelques jours avant de rentrer à l'hôpital, elle se réveille avec une sensation de nausée et d'étourdissement. Puis elle commence à voir double, en même temps que se manifeste une sensation de lourdeur dans son bras et sa jambe gauches.

A l'examen, les constatations suggéraient une paralysie bilatérale des deux muscles droits internes et un léger nystagmus dans le regard de chaque côté. Les autres examens neurologiques étaient minimes : on notait une exagération des réflexes à gauche et un Babinski douteux du même côté.

Une interview sous penthotal fut envisagée : la patiente parla avec une grande émotion de son extrême confiance envers son mari, pour qui elle reconnut être une grande charge. Elle expliqua qu'elle était, comme sa mère, irritable et exigeante et, reconnaissant que sa mère était bonne, elle dit que c'est à cause de sa propre méchanceté que sa mère était irritable. Deux jours plus tard, la malade était détendue et constatait une amélioration de ses yeux. La force revint rapidement et elle quitta l'hôpital en bon état.

Commentaires. — On doit se rappeler que les facteurs affectifs de la maladie ont été seulement considérés au

moment de la dernière visite de la malade à l'hôpital, et ont été obtenus par le rappel des antécédents.

Avant de considérer les circonstances effectives qui ont immédiatement précédé les trois poussées évolutives de la maladie, examinons d'abord l'état de tension permanente de cette malade depuis son jeune âge :

Tous ses rapports avec ses intimes ont été affectés : hostilité agressive de sa mère envers elle d'abord et aussi envers son père, seule personne avec laquelle elle avait des relations confiantes et dont la mort la troubla profondément. Son fils la déçut, et sa fille prit une attitude révoltée vis-à-vis d'elle. Envers son mari lui-même, la malade eut une attitude passive et se priva un moment de son affection. Elle prit ainsi, au cours de sa vie, des positions hostiles et cette agressivité éloigna d'elle tout apport d'affection et de protection dont elle avait pourtant grand besoin et dont elle fut frustrée dès sa tendre enfance. Ainsi fut entretenu en elle un état de conflit constant en rapport avec son immaturité affective.

Sur ce fond morbide vinrent se greffer des chocs émotionnels plus violents, qui furent à l'origine soit du début, soit des rechutes de la maladie. Ainsi, en 1943, les premiers symptômes de la sclérose en plaques se manifestèrent quand son mari partit Outre-Mer. On peut parler d'un choc émotionnel puisque la malade disait elle-même « qu'elle sentait que sa vie était finie ». A cette époque-là, son mari était la seule personne en qui elle trouvait encore un soutien.

La crise affective qui précéda la poussée évolutive de 1948 apparut à la suite de l'opération de son mari, et plus particulièrement lorsqu'elle se sentit prise d'une grande responsabilité lors de la convalescence de celui-ci.

Enfin, le troisième épisode n'est pas précédé d'un choc affectif proprement dit, mais plutôt d'une poussée paroxystique de son état de tension émotionnelle consécutive à la mort de son père et au désintéressement de son mari.

Cette observation très complexe nous montre donc l'incidence des chocs émotionnels et des conflits affectifs sur les poussées de sclérose en plaques, mais également nous permet de déceler chez cette malade atteinte de sclérose en plaques, une personnalité prémorbide, une immaturité affective prédisposante qui étaient bien établies avant l'apparition des premiers symptômes neurologiques. Retenons aussi l'heureuse influence de l'interview sous pentothal qui, par la décharge affective, soulagea la tension de la malade et améliora les troubles neurologiques.

Observation X

Guy A..., trente-trois ans.

En 1945, au cours d'un rapport homosexuel, le patient contracte la syphilis. Celle-ci est immédiatement soignée.

Cinq ans après apparaît une gêne de la marche dont la traduction objective est une paraparésie spasmodique. Au cours des années suivantes, très lentement, par poussées discrètes, cette paraparésie s'aggrave. En octobre 1956 a lieu une poussée plus importante.

Actuellement, le malade présente une paraparésie cérébello-spasmodique rendant la marche impossible sans aide, un syndrome pyramidal avec réflexes très exagérés, clonus du pied et de la rotule inépuisable et un Babinski bilatéral. Aux membres supérieurs les réflexes sont vifs et on remarque un tremblement intentionnel fruste. Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis. Enfin, des troubles vésicaux graves, à type d'incontinence, complètent le tableau clinique.

Il faut signaler que le B.-W. est négatif dans le sang et que le liquide céphalo-rachidien a toujours été normal. De plus, en 1955, en dehors de toute poussée évolutive du syndrome neurologique, le malade a présenté un épisode psychotique aigu et grave. Brusquement est apparu un état maniaque avec logorrhée, fuite des idées, insomnie mais sans agitation motrice. A cela s'ajoutent des idées délirantes, mégalomaniques et un délire d'influence longtemps camouflé.

Au bout d'un mois de traitement par la chlorpromazine,

l'état maniaque disparaît, mais il persiste des idées d'influence avec non seulement écho de la pensée, mais aussi hallucinations auditives indiscutables.

Après neuf mois de psychothérapie, le malade récupère un état mental parfaitement normal. Au cours de la psychothérapie, les faits suivants ont été mis en lumière :

Vers l'âge de treize ans, alors que jusque là le sujet faisait des études brillantes, il connait des difficultés scolaires. Il fait l'école buissonnière. C'est au collège qu'il fait sa première expérience homosexuelle. Il arrête ses études et commence sa carrière théâtrale. Dans ce milieu, à Bordeaux puis à Paris, il a un comportement homosexuel plus caractérisé. Après l'accident vénérien, il revient à Bordeaux puis se marie.

Le problème clef a été découvert. Il est extrêmement important et gravite autour de son père. Sa liquidation a coïncidé avec la guérison des troubles psychiques. Il s'agit d'un père castrateur, toujours refusé par le patient. Dès l'âge de quatre ans, le malade s'opposait passivement à son père, se réfugiant dans la rêverie et la solitude. L'opposition scolaire est un refus de la volonté paternelle. L'homosexualité névrotique et non constitutionnelle est aussi vraisemblablement le reflet de ce problème. Le mariage a définitivement arrêté toute expérience dans ce domaine, expérience qui auparavant n'avait jamais été satisfaisante.

Cette homosexualité faisait vivre le sujet dans un univers morbide de fautes (éducation bourgeoise avec des tabous conformistes, sexuels et religieux très précis). La syphilis a été ressentie comme un châtiment et a entraîné une tension émotionnelle intense.

Conclusions. — Chez un jeune homme, homosexuel par névrose, une maladie vénérienne prend l'allure d'un châtiment. Quelque temps après apparaît une sclérose en plaques certaine.

III. — TROUBLES PSYCHIQUES DÉCRITS AU COURS DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

Avant de discuter les observations que nous venons de rapporter, nous voudrions analyser les différents troubles psychiques rencontrés au cours de la sclérose en plaques. Cette étude générale nous permettra de situer nos observations et de les comparer aux idées des classiques et aux tendances modernes.

Nous avons déjà dit que ce chapitre des manifestations psychiques est assez discuté, tant en ce qui concerne la fréquence que la pathogénie de ces troubles.

Avec Ombredanne (1929) on a pris l'habitude de distinguer « l'état polysclérotique commun » des états psychotiques plus tranchés. Cet état mental comprend des troubles de l'humeur et de l'affectivité et des troubles intellectuels que nous allons exposer.

Les troubles de l'humeur et de l'affectivité arrivent à la première place au point de vue fréquence. Pour Ombredanne et Saethre, ils représentent 75 % des troubles psychiques rencontrés au cours de la sclérose multiloculaire. Cottrel et Wilson (1926), dans une étude relative à 100 malades, les citent très souvent tandis que Bender les trouve dans 64 % des cas. Ce dernier note une prédominance pour le sexe faible. C'est également une symptomatologie émotionnelle affective que Sugar et Nadell mettent en relief dans leur examen portant sur 28 malades femmes. Ces troubles plus fréquents, semble-t-il, chez les femmes, consistent en hyperémotivité et en changements

rapides d'humeur. Cette exagération globale de l'affectivité dont parle Kleist (1947), a été considérée comme plus caractéristique du début de la maladie. Dans nos observations personnelles, qui intéressent précisément les premières étapes de l'affection, nous avons relevé à plusieurs reprises de l'hyperémotivité et de l'instabilité affective.

Mais l'altération psychique, que de nombreux auteurs considèrent comme la plus caractéristique de la sclérose en plaques, est *l'euphoria sclerotica*. Déjà, en 1892, Gowers insiste sur la sensation de bien-être et de contentement éprouvée par ces malades que Muri (1908) qualifie « d'optimisme outrancier ». Bender trouve cette euphorie chez 48 % des malades porteurs de troubles psychiques au cours de la sclérose multiloculaire. Cottrel et Wilson ont décrit une triade qui, à l'instabilité émotionnelle et à l'euphorie, ajoute une sensation de bien-être physique d'autant plus évidente qu'elle apparaît souvent chez des malades plus handicapés physiquement. Nous avons semblablement noté une modification du psychisme neuf ans après le début de la maladie dans le sens d'une certaine indifférence avec euphorie.

A l'opposé, de la dysphorie sous forme de mauvaise humeur physique et de plaintes est signalée dans certains cas beaucoup plus rares.

Un autre aspect de cet état polysclérotique est représenté par les manifestations du rire et des pleurs forcés que Bender (1950) désigne sous le terme de *zwangs affect* ou affectivité de contrainte. Le rire forcé serait plus fréquent que les pleurs forcés, et l'auteur pense que, dans certains cas, il s'agirait de troubles purement moteurs : les malades rient sans le vouloir et affirment n'en ressentir aucun effet.

A côté de ces troubles affectifs, des altérations intellectuelles complètent le tableau décrit par Ombredanne. Oppenheim (1896) notait un affaiblissement intellectuel, et

Dupré (1903) insistait sur la diminution de la mémoire, de l'attention et de l'association des idées. Souvent associés à l'euphorie, ces déficits intellectuels réalisent la « débilité euphorique » qui est constituée, selon Petit, par une réduction des capacités fonctionnelles mentales, un ralentissement de la conception associés à un esprit critique faible, le tout se manifestant sur un fond euphorique. Enfin des évolutions démentielles, accompagnées ou non de syndromes Korsakowiens, ont également été décrits.

Etudiant globalement le comportement affectif et intellectuel de ces malades atteints de sclérose en plaques, Harrower pense qu'ils manifestent une dépendance passive, une soumission exagérée et se rapproche ainsi de Marburg pour qui les altérations caractérielles s'expriment en une certaine indolence et une bonhomie exagérée. Bender, au contraire, a observé dans 4 % des cas avec troubles mentaux, une tendance aux violences et de l'hostilité. Quant à nous, nous avons remarqué de l'agressivité chez une de nos patientes, une très grande instabilité aboutissant à un état de révolte chez une autre, et Langworthy, dans l'observation que nous lui avons empruntée, décrit une attitude hostile très prononcée de sa malade envers toute sa famille.

A côté de cet état mental polysclérotique commun, déjà assez vaste, peuvent se rencontrer, mais bien moins souvent, des troubles mentaux plus graves. Nous allons rapidement mentionner ceux que nous avons pu relever dans la littérature.

Les accès mélancoliques sont rares. Simon et Ferdière (1935) en citent un cas intéressant. Des accès maniaques ont été notés (Redlich et Economo-Euzière) et n'auraient aucun rapport avec l'évolution de la sclérose en plaques. Nous avons relevé de notre côté un état maniaque typique apparu après quelques années d'évolution de la maladie neurologique et ayant régressé au bout d'un mois de traitement par la chlorpromazine.

Parmi les bouffées délirantes, citons les cas de Lannois (1903) et de Delay, Mme Leulier et Descleaux (1946). Les cas de psychose hallucinatoire chronique (Guiraud et Abely, 1932; Aubin et Barraux, 1938; Alliez, Roger et Cain, 1952) semblent plus nombreux. Certains auteurs ont rapporté des états schizophréniques avec signes de la série catatonique.

Une place spéciale doit être réservée aux états confusionnels. Ils paraissent relativement plus fréquents et semblent, contrairement aux états précédents, évoluer parallèlement aux symptômes neurologiques de la maladie. Bender n'a pas rencontré d'états de confusion tels que certains auteurs (Racke et Lhermitte) et d'autres encore ont décrit, mais il cite un cas de sommeil invincible et trois cas d'obnubilation progressive s'étant installés quelques semaines avant la mort.

Des manifestations hystériques ou hystéroïdes ont été décrites, en particulier au stade de début de la sclérose en plaques, mais ces manifestations, comme le dit Bender sont très rares. La question des formes pithiatiques de la sclérose en plaques est assez discutée. Il semble qu'on puisse penser, avec Ombredanne, que la sclérose en plaques n'en soit pas la cause. C'est aussi l'opinion de Faure et Blanc (1946) qui, après avoir rapporté un cas de sclérose multiloculaire chez une pithiatique, concluent en attribuant à la constitution mentale pithiatique la responsabilité de ces aspects très particuliers qui rendent le diagnostic de la sclérose en plaques parfois très difficile.

Nous avons fait un tour rapide de la symptomatologie psychique des malades atteints de sclérose multiloculaire telle que la considèrent les classiques. Nous n'entrerons pas dans les considérations pathogéniques de ces troubles mentaux qui sont extrêmement controversées, si ce n'est pour rappeler que des troubles psychiques ont été rencontrés dans les formes uniquement médullaires, et pour dire que les auteurs récents ont tendance à envisager le problème sous l'angle psychosomatique.

En effet, les dernières études s'intéressent aux circonstances psychiques dans lesquelles la sclérose multiloculaire se déclare. Elles considèrent le malade en tant que personnalité et cherchent à expliquer les troubles mentaux par rapport à la constitution prémorbide des patients. Il paraît assez évident de penser que les personnes en quelque sorte prédisposées présentent plus facilement que les autres des altérations psychiques.

Ainsi, Marchand, Leconte et Ropert (1954) disent : « Au cours des formes chroniques, le terrain mental sur lequel se développe la sclérose en plaques joue un rôle très important. C'est ainsi que de nombreuses manifestations mentales qui se produisent à l'occasion des symptômes de la maladie nerveuse ne semblent pas causées par un substratum anatomique ».

Le fondamental de l'individu (Richard, 1956) doit être considéré, car nous le verrons au cours de la discussion de nos observations, cette prédisposition psychique entraîne des réactions individuelles parfois importantes. Enfin, d'autres auteurs, après Jeliffe, admettent que la maladie neurologique puisse résulter de causes purement psychologiques. C'est ainsi que Langworthy et ses collaborateurs (1952) soulèvent le problème d'un facteur causal émotionnel dans la sclérose en plaques, et que Schumacher (1950) pense, lui aussi, que les troubles émotionnels ne sont pas seulement concomitants du début de la maladie ou le résultat de dégâts nerveux, mais d'importants facteurs déterminants de cette affection.

C'est à la lumière de ces théories que nous allons approfondir nos observations qui rapportent justement des faits assez troublants.

IV. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

A. — LE CHOC ÉMOTIONNEL

a. — Au début de la maladie

Sur les dix observations que nous avons exposées, un choc émotionnel a pu être relevé trois fois au début d'une sclérose en plaques en précédant de très peu l'apparition des premiers symptômes neurologiques de la maladie.

Les trois circonstances émotionnelles méritent bien le nom de choc puisqu'il s'agit d'émotions brutales et soudaines qui secouèrent fortement les patients.

Dans la première observation, c'est la mort de la mère du patient qui est en cause. Les premiers symptômes ont apparu dans le cortège de l'enterrement. Le malade fut obligé de s'accrocher au corbillard pour ne pas tomber. La symptomatologie se compléta d'une diplopie un mois plus tard.

Le second cas est celui de Mme Yvonne De..., accrochée accidentellement par une vache qui la renverse. Les premiers signes neurologiques se manifestèrent huit jours plus tard, sous forme de fourmillements au niveau de l'abdomen, puis des membres inférieurs.

Il semble aussi que l'on puisse parler de choc émotionnel dans le cas que rapporte Langworthy intéressant Mme X... qui se plaignit pour la première fois de faiblesse du côté gauche accompagnée de troubles vagosympathiques à l'occasion du départ de son mari Outre-Mer.

Dans ces trois circonstances, l'ébranlement affectif précéda de quelques jours l'éclosion des premières manifestations pathologiques qui ne disparurent jamais complètement les semaines suivantes. Si, chez les deux premiers malades, les troubles subjectifs s'atténuèrent au bout de quelques mois, il est probable que les signes objectifs, qu'un examen ultérieur devait mettre en évidence, existaient déjà à cette période où les malades accusèrent une amélioration passagère. Dans le troisième cas, les signes s'estompent également pour réapparaître cinq ans plus tard. Lors de cette première poussée, la malade ne fut pas examinée, et ces renseignements ne furent obtenus par l'auteur que par un interrogatoire à l'occasion de l'hospitalisation, sept ans après.

De toute façon, dans les trois observations, la maladie évolua par poussées successives et le diagnostic de sclérose en plaques fut posé de façon certaine.

Aucun des trois malades n'avait ressenti auparavant de troubles de ce genre, et on peut assurer que le choc émotionnel a précédé de quelques jours la première manifestation des signes neurologiques. Il est donc tout à fait plausible de considérer ce choc émotionnel comme le facteur déclenchant de la maladie.

S'il faut convenir du rôle de ces circonstances émotives brutales, on ne peut néanmoins s'empêcher de se demander si cela a suffi à favoriser les débuts d'une maladie aussi somatique que la sclérose multiple. Il est probable que, pour être décisive, l'action de ces facteurs a dû rencontrer une personnalité réceptive, un terrain prédisposé. Cette prédisposition spéciale de certains malades fera l'objet d'une étude dans un prochain chapitre, mais soulignons dès à présent la labilité affective du premier patient, la personnalité émotive de la seconde malade et l'affectivité tourmentée de la malade dont LANGWORTHY rapporte l'observation.

b. — Au début des poussées évolutives de la maladie

L'incidence du choc émotionnel a été également rencontrée, non plus au début de la sclérose multiloculaire, mais lors d'une poussée évolutive.

Ceci est illustré par l'observation de Langworthy qui signale chez Mme X... l'apparition de la seconde poussée évolutive de sclérose en plaques, cinq ans après la première, en apprenant que son mari venait d'être opéré à son insu. Il est certain que ce choc est assez peu violent, mais, ici encore, il est efficace du fait de la tension émotionnelle sous l'emprise de laquelle se trouvait la malade, et dont nous parlerons plus loin.

De même, selon les dires de Mme Francine Re... qui, depuis deux ans, se plaignait de fatigue à la marche, la mort d'un malade dont elle s'occupait et qui l'avait fortement impressionnée, contribua à l'aggravation de son état.

Il semble donc que le rôle du choc émotionnel, qu'on le découvre au début de la sclérose multiloculaire ou que l'on note son interférence sur la marche évolutive de la maladie, doit être retenu en soulignant l'importance qu'il faut attacher à la personnalité prémorbide, si bien qu'un fait émotionnel, assez peu violent parfois, peut constituer un facteur déclenchant certain.

B. — LES TENSIONS ÉMOTIONNELLES DURABLES

Si, comme nous venons de le voir, des agressions émotionnelles ont pu déclencher l'apparition ou l'aggravation des symptômes de la sclérose en plaques, d'autres processus affectifs moins brutaux ont abouti au même résultat. Il s'agit de tensions émotionnelles qui se constituent peu à peu, le plus souvent sur un terrain affectif hypersensible et réalisent une anxiété durable, entretenue par les conflits intérieurs du patient lui-même.

Dans les observations que nous avons rapportées, à six reprises, l'apparition ou l'aggravation de la maladie en cause ont été influencées par de telles situations :

Mme Gracianne Du..., vingt-sept ans, ancienne tuberculeuse, fut extrêmement bouleversée, comme nous l'avons dit, par la mort de son frère pour qui elle avait une grande affection. Dans les mois qui suivirent cette épreuve, elle perdit de nombreux kilos et manifesta une lourdeur des deux membres inférieurs avec fatigabilité. Puis apparurent progressivement les troubles de l'équilibration et de la vue que nous avons exposés. La mort de ce frère, auquel elle était très attachée, frustra d'une grande affection cette personne très émotive. Elle ne put s'adapter à cette situation et ainsi, insensiblement, s'ébaucha une anxiété qui s'accrut petit à petit et finit par constituer un état dépressif. A mesure que ce tourment affectif grandissait, les signes neurologiques, eux aussi, subissaient une aggravation.

Un fait également mérite d'être pris en considération : c'est la majoration anxieuse de l'insécurité dans la marche et, au contraire, l'amélioration des troubles de la marche et de la statique par la seule présence d'une personne amie.

Mme An..., quarante-neuf ans, se plaignit de troubles visuels en 1942. Les premières manifestations médullaires apparurent en 1948, après son accouchement. Essayons de pénétrer les facteurs émotionnels qui, dans cette période, suivant la mise au monde d'un enfant, précédèrent les manifestations sensitivo-motrices des membres. La grossesse fut bien supportée. Il semble que ce soit l'impossibilité d'assurer la responsabilité de son enfant qui fut à l'origine de la tension nerveuse qui l'accabla. Anxieuse et irritable par nature, elle dressa dans son esprit un tableau de difficultés trop importantes pour qu'elle puisse les surmonter; la présence de son enfant lui impliquait les responsabilités et les obligations qu'elle devait assumer et que son imagination grossissait. Il est certain que ce conflit intérieur entretint une anxiété aboutissant en quelque sorte

à un survoltage émotionnel, lequel coïncida avec les premiers signes médullaires.

De plus, l'impotence de ses membres inférieurs devenait plus sensible chaque fois qu'une contrariété ou un surmenage quelconque venait apporter un surcroît de tension intérieure. Enfin, « le regard d'autrui » aggravait les troubles de la marche en excitant, si l'on peut s'exprimer ainsi, son émotivité et sa susceptibilité.

Une autre observation intéressante est fournie par M^lle^ Josette Fl..., dont la maladie débuta après une année de scolarité atroce sous la direction d'un professeur extrêmement sévère. Tout le long de l'année 1947, cette jeune fille vécut dans la peur, tremblant chaque fois qu'elle devait aller au tableau, et absolument atterrée lors des interrogations. La malade allait même jusqu'à redouter la simple présence de son professeur. C'est ainsi qu'à la fin de l'année elle se sentit à tel point tendue qu'elle demanda à ses parents d'abandonner la classe. Quelques mois plus tard, elle commença à tituber puis la symptomatologie se compléta de paresthésie, de diplopie et de paraparésie signant une sclérose en plaques.

M^lle^ Michelle Fr... subit à seize ans un drame familial très douloureux, son père étant arrêté et finalement condamné à mort. Ce fut un véritable choc émotionnel, mais le début de sa maladie se situe deux ans plus tard, à la suite d'une souffrance morale qui tortura la patiente pendant de longs mois et créa une anxiété très importante.

Deux ans après, à l'occasion d'une rentrée scolaire, elle se sent encore plus nerveuse et, quelques jours plus tard, apparaît une paraparésie droite. Un examen ultérieur devait confirmer le diagnostic de sclérose en plaques. Si l'on peut faire le rapport entre le drame affectif mûri pendant deux ans par une fille très sensible ne se livrant pas et le début de l'affection neurologique, en 1946, il est également très intéressant de remarquer, au cours de l'évolution, le parallélisme des troubles émotionnels et

des troubles neurologiques. En effet, très rapidement, la patiente passa par des périodes où elle présentait une impotence quasi complète des membres inférieurs et un tremblement du membre supérieur droit accompagnés d'une anorexie de type névropathique. Si l'on étudie le psychisme à ce moment là, on se rend compte que la malade s'est repliée sur elle-même, couvant un immense désespoir qu'elle refuse d'exprimer. Il est certain qu'à cette période le conflit intérieur est à son paroxysme. Soulignons qu'il en est de même pour les signes neurologiques, l'aggravation somatique étant parallèle à l'évolution du psychisme.

Cela durera jusqu'en 1953, où la malade trouve la personne qui la comprend et qui a eu des peines analogues aux siennes. Il semble qu'elle se soit confiée et elle s'épanouit au point de vue psychique, comme si le jeune homme qui devait devenir son mari l'avait libérée de son anxiété en prenant part à son chagrin. Les troubles végétatifs disparurent. Elle reprit du poids et, d'après elle, les manifestations neurologiques se seraient dissipées.

Signalons qu'il n'y a pas eu à cette époque d'examen clinique. Plus tard, quelque temps après l'accouchement, elle se plaignit à nouveau de fatigabilité, mais on n'a pas pu affirmer l'existence de poussée évolutive véritable.

Dans l'observation recueillie par Langworthy, les circonstances affectives qui ont précédé la troisième poussée de la maladie, en 1951, montrent une avalanche d'épreuves : la mort de son père nourricier, le mariage hâté de son fils, les rapports très tendus avec sa mère, l'irritabilité envers son mari qui devient indifférent à son égard mirent la malade dans un état de tension nerveuse extrême. Le réveil des sensations de sa propre illégitimité à la suite du mariage hâté de son fils, les vexations venant de sa mère, les scrupules qu'elle éprouvait à se livrer à son mari, les sentiments de culpabilité qu'elle ressentait par moments, avouant être à l'origine de tous les maux,

le décès de son père nourricier, seule personne en qui elle avait confiance, enfin le désintéressement de son mari, la privant des dernières relations confiantes qui lui restaient, furent autant de conflits qui précédèrent la diplopie et la lourdeur du bras et de la jambe gauches. La malade fut hospitalisée. Elle subit une interview sous penthotal, qui la laissa détendue; elle accusa une amélioration de sa vue et récupéra les jours suivants une partie de sa force. L'heureux effet de cette « catharsis affective » prouve encore le rôle que peut jouer l'anxiété sur la marche évolutive des manifestations neurologiques de la sclérose en plaques.

Enfin, la sclérose en plaques se déclara chez Guy A..., après son accident vénérien. Au cours de la psychothérapie, il dévoila que cette maladie fut à l'origine d'une grande tension nerveuse. Il considéra la syphilis comme une punition et vécut à partir de ce jour dans l'anxiété, replié sur lui-même et torturé par le remord. Ici encore, l'intensité de ce tourment peut s'expliquer par le terrain névrosé du patient. Si la psychothérapie a permis au malade de recouvrer un état mental parfaitement normal, elle ne semble pas, pour l'instant, avoir d'influence sur la maladie neurologique.

En résumé, les six observations que nous venons d'approfondir montrent que les tourments affectifs entretenus par ces malades ont abouti à créer une anxiété endogène durable. Ces conflits furent assez divers : perte d'amour chez M^me^ Du..., souci créé par la naissance d'un enfant chez M^me^ Au..., peur angoissante de M^lle^ Fl..., causée par son professeur, douleur et désespoir de M^lle^ Fr..., rapports familiaux très tendus et sensation de culpabilité inavouée dans l'observation de Langworthy, crise de conscience chez Guy A... Les uns et les autres montrent que les tensions émotionnelles progressivement constituées peuvent influencer l'apparition ou l'évolution de la sclérose en plaques au même titre que les chocs émotionnels dont nous

avons vu le rôle dans le premier point de nos considérations.

L'amélioration des signes neurologiques, par suite d'une relation confiante, d'une présence ou d'une interview libératrice ne font que confirmer le rôle de ces tourments affectifs dont Langworthy (1948) disait qu'ils tendent à amener de nouvelles infirmités caractéristiques de la maladie.

C. — EXISTE-T-IL UN PROFIL PSYCHOLOGIQUE DES MALADES ATTEINTS DE SCLÉROSE EN PLAQUES ?

L'existence de l'instabilité psychique chez les malades atteints de sclérose en plaques a été longtemps méconnue. Le plus souvent, les manifestations pseudo-névrotiques donnaient lieu à des discussions tendant à définir ce qui revenait à la sclérose multiloculaire et ce qu'il fallait attribuer à l'hystérie. On considérait les choses surtout du point de vue diagnostic différentiel entre ces deux affections. Petit à petit, les troubles psychiques que l'on séparait de la sclérose multiloculaire furent intégrés dans le tableau de cette maladie. Quelques auteurs suggéraient même l'idée d'un rôle déterminant de ces manifestations émotionnelles, si bien qu'à l'heure actuelle on se demande si l'on ne devrait pas aborder l'étude de la sclérose en plaques par son versant psychiatrique plutôt que par son versant neurologique. Le développement de la médecine psychosomatique aidant, on se pose la question de savoir si, aux malades atteints de sclérose en plaques, ne correspond pas une silhouette psychologique propre.

Ce n'est pas notre travail, limité à des observations choisies, qui nous permettra de tirer des conclusions générales à ce sujet, mais nous ne pouvons, néanmoins, passer sous silence, chez nos patients, l'existence d'un profil psychologique assez ressemblant. Il serait peut-être possible, si

l'on cherchait systématiquement à approfondir le psychisme des malades atteints de sclérose en plaques dès qu'on soupçonne le diagnostic, et si l'on examinait soigneusement leur comportement mental dans les années précédant l'éclosion des signes neurologiques, de relever des altérations psychiques plus nombreuses.

Nous savons que des troubles mentaux assez fréquents ont été décrits, affectant l'intelligence, l'affectivité ou la conscience, rencontrés dans la maladie de Vulpian dans des proportions très variables, selon les auteurs. Ce que nous voudrions débattre ici serait l'existence d'une sorte de constitution psychique propre à cette maladie et qui ne serait pas la conséquence de lésions de sclérose cérébrale.

Schumacher, en 1950, parle de recherches psychologiques faites sur le développement de la personnalité de ces malades, qui auraient apporté quelque lumière sur ce problème. D'après l'auteur, il apparaîtrait qu'un certain nombre de malades atteints de sclérose en plaques présentent, comme facteur commun, un manque de satisfaction dans l'enfance et un besoin excessif d'amour et d'affection résultant de frustrations.

Harrower et Kraus, en 1951, se basant sur 141 malades, ont montré que les malades atteints de sclérose en plaques présentaient une exagération des besoins affectifs, une absence virtuellement complète d'anxiété centrée sur le corps, un minimum de conflits intérieurs et une tendance à « voir le monde à travers des lunettes roses », mais ce sont là des manifestations qui se rencontrent en pleine évolution de la maladie.

Canter, en 1951, testa 33 malades atteints depuis assez longtemps de sclérose en plaques. Il note une réaction de dépression, de préoccupation et d'inquiétude concernant les fonctions physiques.

Grinker et ses collaborateurs, étudiant 26 cas, en 1950, ont une opinion qui se rapproche de celle de Schumacher. Ils pensent que ces patients semblent avoir un besoin exces-

sif d'affection et d'amour qui n'a pas été satisfait dans l'enfance. Ces frustrations provoqueraient de l'agressivité qui doit être réprimée de manière à préserver des satisfactions encore valables. Selon ces auteurs, les facteurs précipitants du développement des symptômes neurologiques manifestes sont, habituellement, des modifications majeures de la situation sociale qui excitent soit un violent ressentiment, soit de l'agressivité ou qui demandent une participation excessive de l'effort mental ou physique.

Les expériences personnelles de Langworthy, en 1948 et 1950, lui ont également permis de conclure qu'il existe un groupe spécial de patients avec sclérose en plaques, chez lesquels le problème réside dans une adaptation affective médiocre. « Ces patients, dit l'auteur, sont affectivement immatures et montrent cette immaturité dans tous leurs rapports avec le monde extérieur. »

De nos observations qui considèrent les malades au moment même de l'éclosion de l'affection, avant que la sclérose en plaques ait marqué leur personnalité, nous pouvons tirer une silhouette psychologique assez commune. Ce qui domine, ce sont les altérations de l'affectivité. Sur les dix cas présentés, quatre fois il s'agit d'un défaut d'autonomie, d'une certaine dépendance vis-à-vis du mari ou de la mère. Ces malades avaient besoin d'une protection et manifestaient un besoin très grand d'amour et d'affection.

Nous avons relevé trois fois un tempérament susceptible et impulsif. C'était des caractères très nerveux, coléreux, incapables de se dominer. Enfin, un tableau fait d'émotivité excessive et d'hypersensibilité chez des personnes anxieuses a été réalisé par deux patientes dont l'une, plus particulièrement, était torturée par un souci de perfection.

Enfin, chez deux de nos malades, il faut remonter à l'enfance pour déceler le début du problème qui marquera fortement la personnalité du sujet. La malade dont Langworthy relate l'observation était une enfant illégitime, adoptée au cours de sa première année. Elle s'opposa à

sa mère adoptive dès son enfance. Les heurts furent très fréquents entre elle et sa mère : il s'ensuivait des discussions à son sujet entre ses parents. Elevée dans cette ambiance de contrainte, privée d'amour, n'ayant jamais ressenti l'impression de sécurité et de confiance maternelle, elle demeura insatisfaite et se réfugia dans une attitude hostile envers tout son entourage. Ainsi les épisodes émotionnels qui émaillèrent sa vie furent l'image de son enfance sans affection.

De même, Guy A... connut des difficultés extrêmement importantes dans ses relations avec son père. Les moindres détails de son comportement : école buissonnière, recherche de la solitude et de la rêverie, et peut-être aussi pratique homosexuelle furent le reflet de cet antagonisme.

Ces situations rappellent singulièrement les frustrations affectives rencontrées au cours de l'enfance (Schumacher) chez certains malades atteints de sclérose en plaques. En résumé, les troubles de l'affectivité relevés dans nos observations : hyperémotivité, anxiété, dépendance, troubles parfois en rapport avec des conflits remontant à l'enfance semblent bien réaliser un profil psychologique de certains malades atteints de sclérose en plaques.

D. — PROFIL NEURO-ENDOCRINIEN

L'immaturité psychosomatique comme facteur prédisposant à la sclérose en plaques

Les facteurs neuro-endocriniens, dans la sclérose en plaques, n'ont pas fait l'objet de recherches très nombreuses.

Néanmoins, on a voulu attacher une certaine importance à la plus grande fréquence de la maladie parmi certaines races ou sous certains climats. On la rencontre davantage chez les Anglo-Saxons et dans les pays nordiques que chez les nègres et les Chinois où elle a été cependant signalée.

Peut-être faut-il voir là une prédisposition raciale due à une structure neurovégétative spéciale, mais tout cela est loin d'être prouvé.

Quelques éléments endocriniens intéressant la sclérose en plaques ont été étudiés par Lemoine (1955). Signalant que certains auteurs sont allés très loin dans l'hypothèse d'un rôle de la cortico-surrénale dans la sclérose multiloculaire et ont pensé pouvoir apparenter cette affection à la réaction d'alarme de Selye, l'auteur juge que la plus grande réserve doit être de mise pour apprécier un dysfonctionnement et une responsabilité de la cortico-surrénale dans le tableau et l'évolution d'une maladie aussi complexe que la sclérose en plaques.

Lemoine a cependant relevé chez ses malades de l'asthénie et de la fatigabilité : il lui paraît certain que la majorité des malades atteints de la sclérose en plaques présentent une pigmentation cutanée plus importante que celle de la moyenne des malades d'une salle. Enfin, il a été également frappé par l'apparition d'épisodes plus ou moins durables d'anorexie, de nausées inexpliquées, de tendances lipothymiques différant des vertiges que peut provoquer une atteinte neurologique précise.

Curtius, qui a défendu avec quelque parti-pris la thèse d'une prédisposition constitutionnelle, souligne des particularités de la personnalité biologique du même genre, mais chez le futur scléreux en plaques cette fois. Il parle de troubles des régulations digestives faits de tendance à la constipation, d'hyperacidité et d'hypermotilité gastrique. Il cite une labilité des régulations cardio-vasculaires : tendance aux spasmes, aux troubles angionévritiques et au dérèglement du rythme cardiaque.

Ces symptômes entrent, semble-t-il, dans le cadre d'une labilité générale du système nerveux ne paraissant pas avoir une très grande spécificité. Les principaux travaux, cependant, intéressent la sphère génitale. Le rôle de la grossesse est particulièrement discuté. Chastrusse et Paul

(1948) rapportent deux observations de sclérose en plaques et grossesse, et pensent que si la sclérose multiloculaire a peu d'influence sur la grossesse, celle-ci semble jouer un rôle dans l'évolution de la maladie en cause. Nous rapportons leurs conclusions :

« Il semble que les grossesses aient une certaine action aggravante ou déclenchante dans la sclérose en plaques, à moins qu'il s'agisse de coïncidence. »

Si la grossesse a été souvent considérée comme un facteur nocif, aggravant de la maladie, certains auteurs, récemment, doutent de ces relations. Perrot (1952) conclut sa thèse en pensant qu'il n'est nullement permis de supposer qu'il existe un rapport causal quelconque entre la grossesse et la sclérose en plaques, ni une influence de la gestation sur l'évolution de la maladie.

Nos observations ne nous permettent pas de nous faire une idée très précise. Mme An... vit sa sclérose en plaques se déclarer après son accouchement, mais on se souvient que son enfant créa en elle une importante tension nerveuse. Il se peut que la grossesse ait joué un rôle favorisant venant s'ajouter à l'action du conflit émotionnel.

Mme Fl..., fortement améliorée au point de vue neurologique par son mariage, ressentit après son accouchement des signes de fatigabilité sans qu'on puisse parler chez elle de véritable poussée évolutive.

Peut-être Perrot a-t-il raison de dire : « Il est possible que la grossesse, réclamant de l'organisme un effort inaccoutumé, déclenche, par l'intermédiaire du système nerveux, de nouvelles réactions constrictrices et sécrétoires et puisse ainsi favoriser l'éclosion d'une maladie latente au même titre que n'importe quelle infection ou traumatisme ».

Des perturbations du cycle ovarien semblent assez fréquentes chez les femmes atteintes de sclérose multiloculaire. Curtius (1953) les a rencontrées chez 17 malades sur 42; Pulay (1915) les a citées chez 11 malades sur 17, notant de plus assez fréquemment une hypoplasie des caractères sexuels et un virilisme pilaire.

Joachiwowitz et Wilder ont également décrit un certain infantilisme avec sous-développement des caractères sexuels, mais n'ont, par contre, retrouvé de la pilosité que 16 fois sur 111 malades.

D'autres auteurs, en particulier Medea (1924), ont confirmé la fréquence de dysménorrhée et d'aménorrhée chez les femmes atteintes de sclérose en plaques. Mais certains d'entre eux se sont demandé avec raison si ces troubles doivent être reliés directement à la maladie neurologique.

En ce qui concerne nos observations, nous pouvons citer une aménorrhée de deux ans au cours de la maladie. Il nous semble, cependant, que le fait le plus intéressant à retenir de nos observations est que certaines de nos malades présentaient des troubles ovariens avant l'apparition de la sclérose en plaques.

Mme An... avait des règles irrégulières, douloureuses, et manifestait une frigidité totale dans ses relations conjugales. Citons, sans vouloir y attacher trop d'importance, le fait que Mme Di... avait ses règles au moment de l'accident et du choc émotionnel qui précéda de huit jours les premières manifestations neurologiques de la maladie. Nous retiendrons aussi l'aggravation des troubles de la marche chez Mme Re..., les jours précédant ses règles.

Mais nous insisterons davantage sur la silhouette endocrinienne et morphologique de Mme Ba... Elle était déjà dysménorréhique avant l'éclosion de la sclérose en plaques et présentait maintenant une structure somatique particulièrement longiligne qui lui donnait une allure d'adolescente alors qu'elle avait quarante-huit ans.

Lorsque nous aurons répété que ces personnes plus ou moins instables du point de vue endocrinien manifestaient également des stigmates d'immaturité affective parfois très nets, nous nous demanderons s'il s'agit de coïncidence ou si vraiment au profil psychologique ne vient pas s'ajouter parfois une silhouette hormonale prédisposant à la sclérose en plaques.

Après avoir essayé de tirer le profil psychologique et le profil endocrinien des malades atteints de sclérose en plaques, on s'aperçoit que cette maladie s'est assez souvent installée chez des sujets ayant présenté des troubles hormonaux et un comportement affectif parfois anormal avant le choc émotionnel ou la tension émotionnelle que nous avons vu intervenir comme facteurs déclenchants de l'affection en cause. Il semble que l'on puisse parler, chez eux, d'immaturité psychosomatique. Leur comportement psychique souvent ancien, parfois remontant à l'enfance, ou bien leur aspect morphologique et endocrinien ont révélé une personnalité à qui quelque chose manquait pour constituer un tout harmonieux. Cette immaturité prémorbide, nous l'avons rencontrée, assez marquée au point de vue affectif, chez Mmes Du..., Ba... et dans l'observation de Langworthy, les autres malades, comme nous l'avons vu, n'étant pas non plus absolument équilibrées sur ce point, à part Mlle Fr... Elle se manifeste sous forme endocrinienne chez Mme Ba... et à un degré moindre chez d'autres malades par des troubles génitaux. Cette immaturité peut expliquer en partie que les chocs émotionnels que nous avons décrits aient pu entraîner des perturbations suffisantes à déclencher ou à aggraver les troubles neurologiques. Elle permet également de concevoir que les tensions émotionnelles aient pu aboutir à créer une anxiété entretenue de laquelle le patient ne puisse se défaire.

Il est plausible, en effet, de penser que les situations émotionnelles brutales ou durables décrites précédemment n'auraient pas eu le même effet sur un sujet ayant atteint une maturité psychosomatique normale.

Aussi, nous sommes tenté de considérer ce défaut d'épanouissement comme un facteur prédisposant de la sclérose multiloculaire. Nous rejoignons en ceci l'opinion de certains auteurs comme Schumacher, affirmant que des études sur le développement de la personnalité de sujets choisis atteints de sclérose en plaques ont révélé des constitutions

prémorbides de grande immaturité depuis l'enfance. Schumacher, parlant de la psychothérapie, écrit : « Elle a pour but une profonde réorganisation de la personnalité... elle doit stimuler la maturation émotionnelle, l'accroître et ainsi améliorer les troubles de la maladie ». Il montre ainsi l'importance qu'il attache à l'immaturité prémorbide.

Langworthy, en 1950, publia un mémoire où il cite un cas de sclérose en plaques chez un jeune médecin dont l'épanouissement affectif avait été étouffé dans l'enfance par sa mère qui le couva et le priva même du niveau d'adaptation affective d'adolescence. Ce terrain réceptif que constituent ces personnes inachevées, surtout au point de vue affectif, mériterait d'être recherché plus souvent, car dans la mesure où il favorise l'installation d'une sclérose en plaques on peut espérer attendre des résultats effectifs d'une thérapie aidant le malade à acquérir une meilleure maturation psychique.

V. — CONCLUSIONS

Nos observations ne sont pas assez nombreuses pour que nous puissions, en terminant cette étude, tirer des conclusions affirmatives. Néanmoins, ces faits, malgré leur petit nombre, méritent qu'on s'y arrête et qu'on leur attache une certaine importance car ils viennent se joindre à quelques cas du même genre signalés par les auteurs modernes au cours des dernières années.

Une chose est d'abord certaine, c'est la relation des états émotionnels que nous avons décrits avec l'apparition ou l'aggravation des symptômes de la sclérose en plaques. D'autre part, le diagnostic de cette maladie a pu être posé de façon certaine dans chacune des observations.

On peut sans doute nous objecter qu'il s'agit de coïncidence, mais, à notre avis, dire de cette relation qu'elle est fortuite est aussi illogique que d'affirmer que ces états psychologiques aient pu créer à eux seuls une lésion organique. Il y aurait danger à sous-estimer cette dernière éventualité en portant trop l'accent sur la participation du hasard. Nous conclurons donc avec prudence :

I. — Il semble que les chos émotionnels puissent avoir un rôle dans l'étiologie de la sclérose en plaques. Cette action déclenchante peut se manifester soit au début de la maladie, en précédant de peu les premières manifestations neurologiques, soit au cours des poussées évolutives en aggravant subitement le tableau clinique.

II. — De même, les conflits affectifs entretenus le plus souvent par des personnes hypersensibles peuvent, en créant des tensions émotionnelles très intenses, intervenir dans l'apparition d'une sclérose multiloculaire et entraîner des poussées évolutives de la maladie.

III. — Si la sclérose en plaques peut donner des troubles psychiques très nombreux ne paraissant avoir aucune spécificité, il semble qu'au début de la maladie et aussi avant toute atteinte morbide ces sujets réalisent assez souvent un profil psychologique fait d'hyperémotivité, d'instabilité affective, parfois aussi de manque d'autonomie révélant une certaine immaturité qui peut se manifester également, au point de vue biologique, essentiellement par des troubles de la sphère génitale. L'immaturité psychosomatique prémorbide serait un facteur prédisposant de la sclérose en plaques.

IV. — Nous avons remarqué qu'un événement heureux, une relation confiante en réalisant un relachement de la tension émotionnelle ou une atténuation des conflits intérieurs ont provoqué une amélioration des signes neurologiques et des troubles psychiques pour une période assez longue.

V. — Cette denière constatation nous paraît confirmer le rôle des états émotionnels dans la sclérose en plaques. Nous apercevons, en effet, d'un côté les facteurs déterminants : chocs et tensions émotionnels ou, au contraire, détente affective et, d'autre part, leurs effets respectifs : apparition et aggravation d'une sclérose en plaques ou, au contraire, amélioration des signes neurologiques. Les maillons intermédiaires nous manquent. Nous ne pouvons, pour notre part, aborder ce problème étiopathogénique qui est encore du domaine des hypothèses.

Malgré cette lacune, nous pensons que le médecin ne doit pas négliger de considérer le versant psychique de cette maladie et qu'il peut espérer attendre des résultats d'une psychothérapie aidant d'abord le malade à se libérer de son état émotionnel lorsqu'il existe, et lui permettant ensuite de parfaire sa croissance psychologique.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :

Le Doyen,

R. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

P. DELMAS-MARSALET.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 27 Février 1957

Le Recteur,

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Alliez (J.), Roger (J.) & Cain (J.). — Sclérose en plaques typique avec surdité. Délire hallucinatoire systématisé d'apparition tardive. *Annales médico-psychologiques*, 1952, **1**, 75.

Aubin (H.) & Barraux (A.). — Délire passionnel et sclérose multiloculaire. *L'Encéphale*, 1938, **1**, 239.

Bender (I.). — Les altérations psychiques de la sclérose en plaques. *Dtsch. Z. Nervenheilk.*, 1950, **163**, 483-526.

Böhmig (V.). — Statische Bemerkungen zur klinik der multiplen sklerose. *Mschr. Psychiat. Neurol.*, 1925, **58**, 277.

Borberg (N. C.) & Zahle (V.). — On the psychopathology of disseminated sclerosis. *Acta Psychiat. et Neurol.*, 1946, **21**, 75.

Brown (S.) & Davis (T. K.). — The mental symptoms of multiple sclerosis. *Arch. Neurol. Psychiat. (Chicago)*, 1922, **7**, 629.

Charcot. — Leçons sur les maladies du système nerveux, 1892, **1**, 237.

Chastrusse & Paul. — Sclérose en plaques et grossesse. *Gynéc. et Obstét.*, 1948, **47**, 1054-1055.

Cohen (K. H.) & Gavignan (A. J.). — Psychiatric manifestations associated with disease of the central nervous system with special reference to multiple sclerose. *J.. nerv. ment. Dis.*, 1937, **85**, 266.

Cottrel (S. S.) & Wilson (S. A. K.). — The affective symptomatology of disseminated sclerosis. A study of 100 cases. *J. Neurol. Psychopath.*, 1926, **7**, 1.

Delay (J.), Leulier (M^me^ H.) & Desclaux (P.). — Bouffée délirante polymorphe, forme mentale de sclérose en plaques. Constatations encéphalographiques. *Ann. méd.-psychol.*, 1946, 262.

Dupré (E.). — Sclérose en plaques. Traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet, Paris, 1903, 1198.

Faure (J.) & Blanc (M.). — Sur un cas de sclérose en plaques chez un pithiatique. *J. Méd. Bordeaux*, 1946, **3-4**, 65.

Jeliffe (S. E.). — Emotionnal and psychological factors in multiple sclerosis. *J. nerv. ment. Dis.*, 1922, 399.

Langworthy (O. R.) & Legrand (D.). — La structure de la personnalité et la psychothérapie dans la sclérose en plaques. *Amer. J. Med.*, 1952, **12**, 586-592.

Lemoine (D. A.). — Sclérose en plaques. Etudes de quelques facteurs vasculaires, hématologiques et endocriniens. Essais thérapeutiques. Thèse, Paris, 1955, 266 pages dactyl.

Marchand (L.), Leconte (M.). & Ropert (R.). — Des manifestations psychiques au cours de la sclérose en plaques. *Ann. méd.-psychol.*, 1954, **112**, 321-352.

Medea. — *Rev. Neurol.*, 1924, **1**, 764.

Ombredanne (A.). — Les troubles mentaux de la sclérose en plaques. Contribution à l'étude des facteurs organiques dans les maladies mentales. Presses universitaires de France, édit., Paris, 1929.

Oppeinheim (H.). — Zur Lehre von der multiplen sklerose. *Berl. klin. Wschr.*, 1896, 184.

Richard. — Contribution à l'étude des troubles mentaux pouvant marquer le début d'une sclérose en plaques. Thèse, Paris, 1954, n° 904, 27 pages.

Robert (J.). — Les troubles mentaux de la sclérose en plaques. *Progrès médical*, 1953, **81**, 7, 148-155.

Schumacher (G. A.). — Multiple sclerosis. *J. Amer. med. Ass.*, 1950, **143**, 1055-1066, 1146-1154.

Schumacher (G. A.). — Treatment of multiple sclerosis. *J. Amer. med. Ass.*, 1950, **143**, 1241-1250.

Sugar (C.) & Nadell (R.). — Mental symptoms in multiples sclerosis. *J. nerv. ment. Dis.*, 1943, **98**, 267-277.

Bordeaux. — Impr. E. Drouillard, 3, place de la Victoire.